N° 42
15.

DE LA GRAVITÉ
DES
LOCALISATIONS CARDIAQUES
DU RHUMATISME
CHEZ L'ENFANT

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 8 Avril 1905

PAR

M. Henri MICHEL

Né à Béziers, le 3 février 1873

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS OF ENGLAND
23 FEB 10
LIBRARY

MONTPELLIER
IMPRIMERIE GUSTAVE FIRMIN, MONTANÉ ET SICARDI
Rue Ferdinand-Fabre et quai du Verdanson

1905

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET (✻) . . . . . DOYEN
TRUC . . . . . ASSESSEUR

Professeurs

Clinique médicale	MM.	GRASSET (✻)
Clinique chirurgicale		TEDENAT.
Clinique obstétric. et gynécol		GRYNFELTT.
— — ch. du cours, M. GUÉRIN.		
Thérapeutique et matière médicale. . . .		HAMELIN (✻)
Clinique médicale		CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerv.		MAIRET (✻).
Physique médicale.		IMBERT
Botanique et hist. nat. méd.		GRANEL.
Clinique chirurgicale.		FORGUE.
Clinique ophtalmologique.		TRUC.
Chimie médicale et Pharmacie		VILLE.
Physiologie.		HEDON.
Histologie		VIALLETON.
Pathologie interne.		DUCAMP.
Anatomie.		GILIS.
Opérations et appareils		ESTOR.
Microbiologie		RODET.
Médecine légale et toxicologie		SARDA.
Clinique des maladies des enfants		BAUMEL.
Anatomie pathologique		BOSC
Hygiène.		BERTIN-SANS

Professeur adjoint : M. RAUZIER
Doyen honoraire : M. VIALLETON.
Professeurs honoraires :
MM. JAUMES, PAULET (O. ✻), E. BERTIN-SANS (✻)
M. H. GOT, *Secrétaire honoraire*

Chargés de Cours complémentaires

Accouchements.	MM.	VALLOIS, agrégé libre.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées		BROUSSE, agrégé
Clinique annexe des mal. des vieillards. .		RAUZIER, agrégé libre, Professeur adjoint.
Pathologie externe		DE ROUVILLE, agrégé.
Pathologie générale		RAYMOND, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. BROUSSE	MM. VIRES	MM. SOUBEIRAN
DE ROUVILLE	VEDEL	GUERIN
PUECH	JEANBRAU	GAGNIERE
GALAVIELLE	POUJOL	GRYNFELTT ED.
RAYMOND	ARDIN-DELTEIL	

M. IZARD, *secrétaire.*

Examinateurs de la Thèse

MM. BAUMEL, *président.*	MM. GALAVIELLE, *agrégé.*
BERTIN-SANS, *professeur.*	VIRES, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS PARENTS

A MON PÈRE

PIERRE MICHEL

PROFESSEUR HONORAIRE AU COLLÈGE DE BÉZIERS

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

ET

A MA MÈRE

(Bien faible témoignage de reconnaissance et d'amour).

A MA SŒUR, A MON BEAU-FRÈRE

(Témoignage de dévouement et de profonde affection).

H. MICHEL.

A LA MÉMOIRE DE Mme J. GUIRAUD

A MA FIANCÉE, A SA FAMILLE

A MES COUSINS BRINGUIER ET LIARAS

(DE CASTELNAUDARY)

(*Témoignage de vive affection*).

H. MICHEL.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR GRANEL

PROFESSEUR D'HISTOIRE NATURELLE MÉDICALE

DIRECTEUR DU JARDIN DES PLANTES

(*Bien faible hommage de sincère dévouement et de profonde gratitude*).

A MONSIEUR LE PROFESSEUR VILLE

PROFESSEUR DE CHIMIE MÉDICALE

(*Hommage de profonde reconnaissance*).

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BAUMEL

PROFESSEUR DE CLINIQUE DES MALADIES DES ENFANTS

MÉDECIN EN CHEF A L'HOPITAL SUBURBAIN

(*Hommage respectueux*).

H. MICHEL.

A MON PREMIER PROFESSEUR DE SCIENCES NATURELLES

MONSIEUR P. CANNAT

PRÉSIDENT DE LA SOCIÉTÉ DES SCIENCES NATURELLES DE BÉZIERS

OFFICIER D'ACADÉMIE

Hommage de reconnaissance).

A MONSIEUR LE DOCTEUR CASTAN

(DE PIGNAN)

(Hommage de dévouement et de reconnaissance).

A MON EXCELLENT AMI GEORGES MARTEL

H. MICHEL.

AVANT-PROPOS

Arrivé au terme de nos études et au moment de quitter cette antique Faculté, nous obéissons avec joie à la vieille et touchante tradition, et c'est pour nous un bien doux plaisir de pouvoir exprimer publiquement les sentiments que nous emporterons et les bons souvenirs que nous garderons dans notre carrière, quand notre esprit évoquera les maîtres passés.

Où trouver les mots, pour exprimer selon notre cœur, toute la reconnaissance et tout le dévouement dont nous nous sentons redevable envers notre éminent maître, M. le professeur Granel ? Dès le début de nos études médicales et pendant toute leur durée, il a été pour nous un guide et un conseiller bienveillant et affectueux ; il s'est intéressé à nous d'une façon vraiment paternelle, et, à plusieurs reprises, il nous a donné des preuves de son bienveillant appui et de son inépuisable bonté, qui nous ont vivement touché. Qu'il veuille bien croire à notre respectueux et éternel attachement et à notre profonde et indéfectible reconnaissance. Et ce témoignage de haute reconnaissance, nous le lui adressons, non-seulement en notre nom, mais aussi au nom de notre fa-

mille, à laquelle il a toujours témoigné la plus bienveillante sympathie.

M. le professeur Ville fut pour nous un maître dont la sollicitude profonde ne nous fit jamais défaut ; qu'il veuille bien accepter ici, en notre nom et au nom de notre famille, l'assurance de notre vive gratitude et d'un dévouement sans borne.

M. le professeur Baumel a bien voulu nous donner le sujet de notre thèse et en accepter la présidence ; nous le remercions bien sincèrement du grand honneur qu'il nous fait.

Nous offrons à nos maîtres, MM. les professeurs Grasset, Truc, Tédenat, Bertin-Sans, Brousse, Guérin-Valmale, avec nos remerciements pour leurs leçons et l'instruction pratique que nous avons reçue d'eux, l'hommage de notre considération et de notre respectueux dévouement.

M. le professeur Galavielle a toujours été pour nous un maître bienveillant et affectueux ; qu'il veuille bien croire à notre sincère reconnaissance.

M. le professeur Vires, dans la haute situation que lui ont valu sa science et son travail, n'a jamais voulu voir en nous que le camarade ; nous l'assurons de notre vive et reconnaissante sympathie.

Nous n'oublierons jamais tout ce que nous devons à M. le docteur Castan (de Pignan). Nous avons eu le très grand honneur et la tâche très difficile de le suppléer, et nous avons su apprécier son grand savoir et sa généreuse bonté. Qu'il veuille bien accepter pour lui et pour sa famille l'assurance d'un dévouement et d'une reconnaissance inaltérables.

Que nos camarades, M. le docteur Bousquet, chef de clinique des maladies des enfants et MM. Roger et Gaujoux, internes des hôpitaux, qui nous ont donné des preuves si grandes de bonne amitié et nous ont puissamment aidé dans notre travail, veuillent bien accepter nos sincères remerciements et croire à notre vive sympathie.

DE LA GRAVITÉ

DES

LOCALISATIONS CARDIAQUES

DU RHUMATISME

CHEZ L'ENFANT

INTRODUCTION

Dans son *Traité clinique du rhumatisme articulaire aigu et de la loi de coïncidence des inflammations du cœur avec cette maladie*, paru en 1840, Bouillaud démontrait et énonçait les deux lois suivantes :

« 1° *Dans le rhumatisme articulaire aigu, violent, généralisé, la coïncidence d'une péricardite ou d'une endocardite est la règle, la loi, et la non-coïncidence l'exception.*

» 2° *Dans le rhumatisme articulaire aigu, léger, partiel, apyrétique, la non-coïncidence d'une péricardite ou d'une endocardite est la règle et la coïncidence l'exception.* »

Mais quelque temps après, il restreignait la portée de ces lois et écrivait :

« *Chez les jeunes sujets, le cœur se comporte comme une articulation.* »

Et, en effet, « *chez l'enfant, il faut peu, très peu même de*

rhumatisme pour produire beaucoup de complications cardiaques.

« Une endocardite, et encore plus une péricardite, peut prendre naissance chez un enfant qui ne se plaint que de quelques douleurs, qu'on a le tort de juger sans importance ou d'interpréter dans un tout autre sens que le rhumatisme. On croit à une entorse imaginaire.

« Ou bien c'est un torticolis vulgaire, mais pas moins d'essence rhumatismale. *Le torticolis, c'est le lumbago du jeune âge.*

« On n'ausculte pas à ce moment. L'enfant n'en a pas moins ou une endocardite, ou une péricardite qu'on retrouve plus tard ; mais on passe à côté du rhumatisme originaire.

« En face de toute affection cardiaque dans le jeune âge, il faut presser la question. *Défiez-vous des douleurs dites de croissance.*

« On nous a décrit comme propre à celles-ci entre autres choses la localisation épiphysaire ; mais quand on relit certaines de ces observations, on y voit mentionner de la fièvre et l'on reconnaît le rhumatisme.

« Faites donc chez l'enfant attention au plus léger rhumatisme, à la moindre manifestation rhumatoïde, qui peut parfois faire craindre les complications les plus redoutables du côté de l'endocarde et surtout du péricarde.

« *Le rhumatisme infantile aime le péricarde.* »

Ainsi s'exprimait M. le professeur H. Huchard dans une leçon clinique faite à l'hôpital Necker, en 1902.

La gravité du rhumatisme, même très léger, chez l'enfant, a été constatée et signalée, par de nombreux auteurs : Roger, Picot, Morel-Lavallée, Claisse, Baumel, Weill, Ausset, etc...

Le congrès international de médecine de 1900, dans sa section de Pédiâtrie, avait attiré l'attention sur « la gravité du rhumatisme chez l'enfant, au point de vue des complications

cardiaques » et suscité ainsi une communication de M. H. Barbier. C'est donc que la question est intéressante ; elle vaut la peine qu'on y revienne et qu'on s'y attarde.

Et puis, n'éclaire-t-elle pas d'un jour tout nouveau la pathogénie du rhumatisme ? Quand, en présence de cas qui paraissent les plus légers, on voit le centre circulatoire se prendre si fréquemment, l'endocarde et le péricarde atteints avec tant de facilité, ne doit-on pas penser plutôt à une nouvelle localisation d'un même agent infectieux qu'à un fait étranger à la marche régulière de la maladie ? Et ne peut-on pas, avec M. le professeur Brouardel, définir le rhumatisme : « une maladie générale portant principalement ses coups sur les tissus fibro-séreux » ?

Notre maître, M. le professeur Baumel, en nous signalant dans son service, à l'hôpital Suburbain, un enfant qui, en même temps qu'il avait un *rhumatisme très léger*, faisait de *l'endo-péricardite* grave, nous a indiqué l'intérêt permanent d'une semblable étude. Et nous avons pensé à faire, pour notre thèse inaugurale, une revue générale de cette question si importante, non seulement par la *fréquence* des localisations cardiaques du rhumatisme chez l'enfant, mais aussi et surtout par leur *gravité*.

Nous n'avons pas la prétention de présenter ici un travail original. C'est une mise au point que nous avons voulu faire ; et nous nous sommes contenté d'enregistrer les faits le plus généralement admis aujourd'hui.

Voici quel sera notre plan :

I. Etio-pathogénie du rhumatisme.

II. Symptômes :

1° manifestations articulaires ;
2° manifestations abarticulaires ;
3° manifestations cardiaques : *a*) endocardite.
b) péricardite.

III. Observations.

IV. Evolution.

V. Diagnostic : 1° rhumatisme articulaire ;
2° rhumatisme viscéral.

VI. Pronostic.

VII. Traitement : 1° général ;
2° particulier.

VIII. Conclusions.

IX. Bibliographie.

CHAPITRE PREMIER

ETIO-PATHOGÉNIE DU RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU

Le rhumatisme articulaire aigu n'est pas commun chez l'enfant. On le rencontre quelquefois dans les premiers temps de la vie ; mais ce n'est qu'à partir de cinq ans, et surtout entre dix et quinze ans qu'il se montre le plus fréquemment. Quant à la vulnérabilité plus grande de l'un ou de l'autre sexe, il ressort nettement des diverses statistiques qu'il n'y a pas de différence sensible et que les garçons ou les filles sont frappés indifféremment.

Causes prédisposantes. — Il est constant que *l'hérédité* joue ici un très grand rôle ; et si on ne peut pas dire que le rhumatisme lui-même est transmissible héréditairement, il n'en reste pas moins que l'enfant naît avec un terrain prédisposé, un tempérament morbide, qui le rendra moins résistant aux atteintes de la maladie.

Causes occasionnelles. — *Le froid* et le *surmenage physique* sont les causes occasionnelles les plus fréquentes. Marfan a « vu une fillette de 8 ans qui fut prise après avoir fait sa toilette, les bras et les pieds nus dans une chambre froide. Un garçon de 9 ans s'alita, après une course trop longue à

bicyclette ; le lendemain les genoux étaient gros et douloureux, et dans la seconde semaine apparut une endocardite ».

Le *traumatisme* est une cause assez rare ; encore faut-il, pour qu'il joue un rôle dans l'éclosion du rhumatisme, qu'il porte surtout sur une articulation.

Causes déterminantes. — De nombreuses théories ont été mises en avant pour expliquer la *pathogénie* du rhumatisme articulaire aigu.

La *théorie humorale* accuse l'hyperacidité des humeurs de l'organisme (sang, lymphe, bile, urine, etc.). Mais quel est l'acide pathogène ? Est-ce l'acide urique ? Pourtant il n'est en excès ni dans le sang ni dans l'urine des rhumatisants. Est-ce l'acide lactique ? Mais l'accumulation expérimentale n'a pas provoqué de douleurs articulaires.

Dans la *théorie embolique*, on supposerait une embolie, à point de départ endocardique, se localisant au niveau d'une articulation. Mais on n'a pas de preuve évidente.

La *théorie neurotrophique* parait basée plus solidement. Le fait, observé chez les rhumatisants, de l'encéphalopathie, des troubles de la sensibilité, de l'atrophie musculaire, le fait que les lésions articulaires sont symétriques, ont pu faire admettre par Mitchell et Froriep que les arthrites ne sont que le résultat d'une action réflexe trophique, comparable à celle décrite par Charcot au cours de certaines maladies nerveuses. En fait, cette théorie, beaucoup trop hypothétique, contient une part de vérité, puisque nombre des symptômes de la polyarthrite doivent être sous la dépendance du système nerveux, actionné par la toxine du rhumatisme.

La *théorie infectieuse* est seule admise actuellement.

Certains auteurs ont incriminé des microbes dejà connus : le *staphylocoque doré* (Guttman, 1886), le *streptocoque*

(Birsch-Hirschfeld), le *staphylocoque* (Triboulet, Bouchard et Charrin, Sahli).

D'autres ont décrit des microbes spéciaux : pour Babes et Wilson (1886), il s'agit de *microcoques* ; pour Petrone et Klebs, ce sont des *monades* ; Montle a vu des *microbes arrondis* et des *bacilles* courts et trapus ; Achalme (1897) a trouvé un *bacille* mobile, ne prenant pas le Gram, bien coloré par le bleu de Lœffler, mais qui n'était pathogène ni pour le lapin, ni pour le cobaye ; Thiroloix a décrit un *bacille* analogue ; plus près de nous Triboulet et Coyon (1900) ont décrit un *diplocoque* ; tout récemment Beattie (1904) a étudié l'action d'un *microcoque* qui, inoculé, aurait produit chez l'animal des lésions semblables à celles qui se manifestent chez l'homme.

De ce qui précède il ressort que la théorie infectieuse n'a pas encore de sanction bactériologique certaine, puisque les auteurs ne peuvent s'entendre sur la nature du germe du rhumatisme.

Quoi qu'il en soit, l'allure clinique de la maladie présente tout à fait l'aspect d'une infection microbienne : hyperthermie, état général, angine, albuminurie assez fréquente, éruptions, leucocytose, phlébite — *chez l'enfant localisations fréquentes et graves sur les séreuses et sur le cœur en particulier, alors que les localisations articulaires sont insignifiantes — enfin l'efficacité du salicylate de soude, médicament antiseptique, qui agit même sur les cardiopathies* : voilà, ce nous semble, un faisceau d'arguments puissants en faveur du caractère infectieux du rhumatisme.

Et les observations que nous publions plus loin, tout en montrant « *la gravité du rhumatisme chez l'enfant, au point de vue des complications cardiaques* », apporteront leur appui à la *théorie infectieuse*.

CHAPITRE II

SYMPTOMES

1° Manifestations articulaires. — Chez l'enfant, les fluxions articulaires s'annoncent de façon peu bruyante : fièvre légère, céphalée modérée, embarras gastrique ; assez souvent une angine précède toute manifestation. L'on voit habituellement les articulations se prendre les unes après les autres ; mais la douleur ressentie à leur niveau est parfois si légère et si vague, qu'il n'est pas rare de voir le petit malade continuer à jouer et à marcher. Et même à la période d'état, les douleurs sont en général bien moins accusées que chez l'adulte, la fièvre est moins intense, les sueurs sont moins abondantes, et la durée de la maladie est bien moins longue. Rarement le rhumatisme est généralisé et seules quelques articulations sont atteintes. Du reste, chez l'enfant, les tissus périarticulaires sont plus atteints que les articulations elles-mêmes, la douleur siège plutôt au niveau des bourses séreuses, des gaines tandineuses et des insertions voisines de l'articulation. Souvent, et c'est un fait très important et dont le diagnostic attentif s'impose, il y a de *l'arthrite cervicale*, qu'on est d'autant plus disposé à méconnaître que chez l'adulte elle n'existe presque jamais. Enfin, autre manifestation *particulière à l'enfant*, c'est l'apparition de petites *nodosités* dures, très douloureuses au début, mobiles ou adhérentes, au niveau des gaines

synoviales des tendons, à la rotule, aux malléoles, aux apophyses épineuses, à la paume de la main.

2° Manifestations abarticulaires. — Nous serons bref à leur sujet, et nous nous contenterons de les signaler sans les décrire :

Manifestations sous-cutanées. — Œdème, bubon rhumatismal de Brissaud, ostéite, rhumatisme musculaire.

Manifestations cutanées. — Sudamina, purpura, érythèmes.

Manifestations rénales. — Albuminurie, hémoglobinurie, hématurie.

Manifestations nerveuses. — Rhumatisme cérébral, rhumatisme spinal, chorée.

Manifestations sensorielles. — Surdité, kératite, glaucôme, iritis.

Manifestations pleuro-pulmonaires. — Congestion pulmonaire, pleurésie.

Manifestations vasculaires. — Phlébite, aortite, anévrisme de la crosse de l'aorte (L. Rénon et Verliac, 1905), artérite.

3° Manifestations cardiaques. — De toutes les localisations extra-articulaires du rhumatisme aigu, il n'en est pas, chez l'enfant, de plus fréquentes et de plus graves que les lésions cardiaques.

Nous étudierons : 1° l'*endocardite* : 2° la *péricardite* ; 3° la

complication si redoutable de la péricardite, la *symphyse du péricarde*.

Endocardite

Toutes les fois qu'un enfant attirera l'attention, pour si légèrement que ce soit, du côté des articulations, on devra toujours ausculter le cœur ; car les trois-quarts des rhumatismes infantiles s'acompagnent d'endocardite.

Symptomes fonctionnels. — La plupart du temps l'endocardite rhumatismale n'apparaît pas bruyamment ; comme le rhumatisme qui lui donne naissance, elle ne se révèle, chez l'enfant que par des troubles fonctionnels rares et légers : quelques palpitations, un peu de dyspnée, de l'accélération du cœur ; quelquefois, au contraire, si elle est associée à une péricardite, à une pleurésie, les troubles subjectifs sont intenses.

Pendant le cours de son évolution, l'endocardite ne donne pas lieu à des troubles fonctionnels notables. Le cœur est accéléré ; de même le pouls ; le petit malade, s'il est assez âgé pour s'en rendre compte, signale des palpitations. La douleur, si elle existe, ne dure pas. La fièvre persiste, ou bien elle s'aggrave ou réapparaît. Au bout de quelques jours les troubles fonctionnels disparaissent et la lésion reste latente, qu'elle guérisse ou qu'elle tende à la chronicité.

Symptomes physiques. — Le premier signe de l'endocardite rhumatismale est un *assourdissement des bruits du cœur* ; leur timbre est enroué, voilé, éteint ; il permet de reconnaître la lésion dès les premiers jours. Quelquefois la percussion

décèle de la dilatation du cœur. Quelques jours après, le 21e au plus tôt, d'après Potain, apparaît dans la région cardiaque un *souffle systolique*, ayant son siège à la *pointe*, qui se propage chez les tout jeunes enfants, sur une assez grande étendue de la région précordiale : il indique la plupart du temps une *insuffisance mitrale*. Cette localisation n'est pas cependant constante ; et tandis que, chez l'adulte, un rhumatisme endocarditique se localise le plus souvent au niveau de la mitrale, chez l'enfant on peut observer des endocardites *tricuspidiennes*, d'autant plus fréquemment que l'enfant est plus jeune et que le cœur droit a plus de travail.

Péricardite

La péricardite est rare chez l'enfant ; car le rhumatisme, sa cause principale, est plutôt, comme nous l'avons vu, une maladie de l'adolescence et de l'âge adulte. Des nombreuses statistiques publiées on peut conclure que, de deux à sept ans, la péricardite est une exception et qu'elle se rencontre à partir de sept ans et surtout de dix ans.

Selon que l'on envisage la péricardite dans la première ou dans la seconde enfance, sa nature, ses symptômes, son évolution varieront. Puerpéralité et syphilis héréditaire, à la naissance : propagation d'une inflammation de voisinage ou localisation d'une infection généralisée, dans la première enfance : telles sont les causes les plus fréquentes de la péricardite à cette période de la vie. Dans la seconde enfance, la chorée, la scarlatine, la rougeole, la variole, la fièvre typhoïde, la coqueluche, la néphrite, la tuberculose, pourront être incriminées : mais de toutes les causes, la plus fréquente

est le rhumatisme, et le tiers des péricardites peut lui être attribué.

Nous nous occuperons seulement ici de la péricardite rhumatismale.

Symptomes. — Si Laënnec et Duroziez ont pu écrire que le diagnostic de la péricardite était impossible, c'est qu'ils ne l'envisageaient que chez l'adulte ; chez l'enfant, la péricardite est moins difficile à reconnaître, car la percussion de la région précordiale se fait d'une manière plus favorable ; en effet, le sternum est plus mince, plus élastique ; la paroi thoracique est plus pauvre en graisse et en tissu musculaire.

Nous étudierons la *péricardite sèche* et la *péricardite avec épanchement*.

Péricardite sèche. — Sa caractéristique est le *frottement*, que l'on perçoit mieux par l'auscultation que par la palpation : timbre soufflant, froissement de papier, froufrou de soie, bruit de râpe, de scie..., tels sont ses divers modes. Il est difficilement constatable chez les tout jeunes enfants, par suite de la densité de l'exsudat et de l'absence de produits membraneux.

Le bruit de frottement occupe toute la région précordiale et peut même la dépasser : c'est là un caractère tout particulier à l'enfance ; et tout récemment même, Caracciolo a constaté distinctement la propagation du bruit de frottement au niveau sous-épineux gauche. Son intensité augmente dans la station assise, debout, inclinée en avant, par la pression du stéthoscope. Il peut se manifester aux différents moments de la révolution cardiaque ; son maximum est à la base du cœur et quelquefois aussi au niveau de la pointe.

En dehors du frottement, il n'existe guère d'autres signes : la matité cardiaque est généralement normale.

Péricardite avec épanchement. — Lorsqu'il y a épanchement, le bruit de frottement diminue progressivement, en même temps que le liquide augmente. Les bruits du cœur sont très affaiblis. La paroi précordiale de l'enfant étant mince et souple, on peut avoir, à la main, une sensation de flot ; pour les mêmes raisons, la voussure précordiale est plus nette. Dans cette région la *matité* du cœur voit ses limites augmentées : elle déborde le bord droit du sternum, à gauche la ligne mamillaire, elle s'étend en haut jusqu'à la première côte ; en bas, on se servira, pour en établir les limites, du point de repère donné par C. Paul, qui est le bord supérieur du lobe droit du foie. Cette matité est triangulaire, à base inférieure et à sommet supérieur. Quand l'épanchement est abondant, la ligne gauche du triangle de matité présente une encoche à grande courbure et à concavité externe (*encoche de Sibson*), assez difficilement constatable chez l'enfant.

Selon la position que l'on donnera à l'enfant pour l'examiner, l'on percevra différemment l'épanchement péricardique ; la station penchée en avant ou la position genu-pectorale seules permettront de reconnaître encore le choc de la pointe et le bruit du frottement.

Eichhorst et Cobrat se fondent pour établir les limites de l'épanchement sur la disparition des vibrations thoraciques de chaque côté de la région cardiaque.

On n'oubliera pas qu'il peut y avoir épanchement sans modification de la matité précordiale : et le diagnostic ne pourra être posé que si l'on constate les différentes phases : disparition du frottement et du choc du cœur, diminution progressive des bruits cardiaques, augmentation de la matité.

Symptomes cardiaques. — Le cœur et le pouls sont accélérés (110, 120, 140 pulsations), les battements cardiaques ren-

forcés. Plusieurs fois par jour apparaissent par accès des palpitations, quelquefois de la dyspnée.

Si le myocarde est atteint, le pouls devient petit, rapide : sa tension est presque nulle ; il y a refroidissement des extrémités, cyanose de la face, des sueurs froides ; une dyspnée persistante se déclare, des syncopes peuvent survenir, la mort peut se produire. Mais cela arrive très rarement chez l'enfant, car son myocarde est beaucoup moins vulnérable que celui de l'adulte. De plus, tous ces symptômes de péricardite grave rétrocèdent le plus souvent quand on a affaire à une péricardite rhumatismale et le danger n'existe qu'en cas de poussées rhumatismales trop fréquentes.

Symptomes nerveux. — La douleur n'est pas constante : la plupart du temps elle n'existe pas ; d'autres fois elle se manifeste de façons diverses, tantôt très légère, tantôt violente. Elle s'accompagne quelquefois de hoquet, de vomissements, plus rarement de dysphagie, de spasme du diaphragme.

Symptomes pulmonaires. — Dans les cas d'épanchement abondant, il peut y avoir compression du poumon gauche en particulier, et il en résulte de la dyspnée. Cette compression peut présenter deux formes cliniques : la forme pleurétique, avec matité et souffle à la base du poumon gauche ; la forme broncho-pneumonique avec, en plus, des râles. D'après Pins ces signes disparaîtraient en faisant mettre l'enfant dans la position genu-pectorale ; l'on devra donc s'abstenir de toute intervention avant d'avoir pratiqué cette manœuvre.

Symptomes généraux. — La péricardite rhumatismale ne s'annonce pas bruyamment ; la fièvre est peu exacerbée de son fait ; et l'on ne soupçonne guère son existence que dans les cas très rares dont nous avons parlé à propos des symptô-

mes cardiaques. De plus, comme elle ne suppure jamais, ses symptômes généraux se confondent, en dehors des cas graves, avec ceux du rhumatisme.

Symphyse du péricarde

De toutes les cardiopathies d'origine rhumatismale celle qui est la plus grave et dont le pronostic est le plus sombre est sans contredit la symphyse du péricarde qui est malheureusement trop souvent une des terminaisons des diverses formes de péricardite.

Selon que le cœur de l'enfant sera vigoureux, hypertrophié ou petit et dépourvu d'énergie, selon en un mot l'état du myocarde, les signes physiques de la symphyse seront bien différents. Cependant, chez l'enfant, les troubles cardiaques liés à une symphyse d'origine rhumatismale présentent une certaine gravité et l'on aura le plus souvent l'attention attirée d'emblée du côté du cœur.

Symptomes physiques. — A la vue, l'on constate une *dépression systolique* de la région précordiale ; elle peut être limitée à la pointe : elle peut atteindre aussi plusieurs espaces intercostaux ; elle est alors un signe d'une réelle importance, car elle permet d'affirmer la bénignité relative de l'affection. L'on remarque encore dans cette région des ondulations que Jaccoud a désignées sous le nom de « *mouvement de roulis* ». Enfin la *voussure précordiale* est constante chez l'enfant quand la symphyse est d'origine rhumatismale.

Le *choc du cœur* peut être constaté à la *palpation* ou faire défaut ; s'il existe, il est remarquable par la *fixité* de sa posi-

tion, quelle que soit l'attitude donnée à l'enfant, et il est alors d'une réelle importance pour le diagnostic ; il en est de même de la *matité*, quand la percussion la montre *sans modification d'étendue*, que l'enfant soit couché, debout ou dans la position genu-pectorale.

Le *rythme fœtal des bruits du cœur* est pour Weill un signe d'une certaine importance, « lorsqu'on l'observe dans certaines conditions bien précises : pas de mouvements de projection ou de retrait de la paroi, pas d'impulsion cardiaque, pas de déplacement de la ligne de matité dans les changements d'attitude ».

L'auscultation fournit d'autres signes ; mais ils n'ont pas une grande valeur. On a signalé un renforcement des bruits du cœur, un bruit de galop, un dédoublement des bruits, la disparition du bruit diastolique, la consonnance métallique du premier bruit, le gargouillement systolique, le frottement systolique, des souffles d'insuffisance fonctionnelle. M. le professeur Baumel a rapporté au Congrès de Pédiâtrie de Nantes, en 1901, un cas de symphyse cardiaque rhumatismale, avec insuffisance aortique, bien démontrée par le tracé sphygmographique joint à l'observation, mettant ainsi en lumière l'importance diagnostique de l'état du *pouls radial*.

Symptomes fonctionnels. — La symphyse rhumatismale peut rester latente chez l'enfant ; mais c'est là un fait exceptionnel. Le plus souvent elle revêt la forme d'une cardiopathie grave : dyspnée, palpitations, irrégularité du pouls, tachycardie, cyanose des extrémités, congestions viscérales, etc., tantôt ces phénomènes apparaissent d'emblée, tantôt progressivement ; d'autres fois ils alternent avec des poussées articulaires et augmentent d'intensité après chaque retour du rhumatisme ; ils peuvent aboutir à l'asystolie et à la mort. La symphyse peut aussi se manifester par de la pleurésie, de l'ascite, de la congestion hépatique avec foie volumineux, de la péritonite.

CHAPITRE III

OBSERVATIONS

Observation Première

In Mémoire de Roger.)

Rhumatisme articulaire très léger ; endocardite latente ; péricardite et pleurésie gauche. Mort subite.

Le jeune Les..., âgé de 9 ans et demi, d'une forte constitution, d'une bonne santé habituelle, a perdu son grand-père maternel à la suite d'une attaque de rhumatisme ; son grand-père paternel est goutteux. Le 12 mars 1863, cet enfant fut pris d'un érythème simple, non noueux, avec fièvre très modérée et quelques douleurs. Le rhumatisme articulaire se dessina davantage les jours suivants, restant d'ailleurs assez circonscrit aux poignets, aux mollets et successivement aux genoux avec très peu de douleur et de gonflement ; le pouls ne dépassait jamais 100.

Le 31 mars, je constate les signes évidents d'une endocardite (souffle systolique à la pointe du cœur, d'abord doux et ensuite musical, sans matité exagérée).

Le rhumatisme avait presque disparu ; il n'y avait pas de fièvre, et l'enfant commençait à manger, lorsque, le 11 mai, c'est-à-dire six semaines plus tard, des douleurs lombaires se

firent sentir, puis à peine de la douleur à la région cardiaque avec quelques palpitations ; et le 12, je reconnus l'existence d'une péricardite avec épanchement considérable (matité cardiaque de la deuxième à la sixième côte, s'étendant à droite jusqu'aux articulations sterno-costales), large frottement doux, périphérique, et en outre persistance du souffle mitral. Le lendemain, il s'y joignit une pleurésie gauche.

Cependant, après un mois, vers le milieu de juin, l'état du petit malade semblait satisfaisant : tous les accidents s'étaient amendés graduellement, et la guérison pouvait être espérée, lorsque soudainement l'enfant fut pris d'étouffement et mourut en quelques heures.

Observation II

(*In* thèse de Picot.)

Rhumatisme avec manifestations articulaires très légères : péricardite ; pneumonie double ; mort, autopsie.

E..., âgé de 13 ans, entre à l'hôpital cantonal de Genève dans le service de M. le docteur Revilliod ; cet enfant, berger à Cartigny, couche habituellement dans une écurie ; il a été pris, à ce qu'il raconte, d'une rougeole au mois de février dernier, et depuis ce moment, il éprouve de temps en temps des douleurs vagues dans les jambes ; il y a quinze jours environ, ces phénomènes se sont aggravés, mais ce n'est que depuis trois ou quatre jours que E... a dû garder le lit : il souffre actuellement dans les jarrets et dans les articulations des doigts qui sont dans la demi-flexion ; les jointures sont rouges et gonflées ; la respiration est courte, fréquente, plaintive et s'accompagne d'une toux sèche, sans expectoration ; l'enfant accuse un point de côté à la région du cœur, et cette douleur est exaspérée à la percussion ; l'ausculta-

tion de la poitrine fait constater des râles crépitants à la base des deux poumons, et ces râles s'accompagnent de souffle à la base du poumon gauche ; on entend au cœur un bruit dur, râpeux aux deux temps avec maximum à la pointe, la matité précordiale est étendue et s'étend au delà du bord droit du sternum. La peau est couverte de sueurs ; 110 pulsations. Un vésicatoire à la région précordiale, chiendent avec bicarbonate de soude, 4 grammes.

24 août. — Les symptômes rationnels sont amendés, les phénomènes d'auscultation sont les mêmes, il y a du souffle à la base du poumon droit.

Le 27. — Matité à la base des deux poumons ; le bruit cardiaque anormal est toujours très marqué.

Le 28. — 110 pulsations ; la peau est chaude ; soif vive, urine rare. Dyspnée. Teinture de digitale, 1 gramme ; le malade ne prend que la moitié de sa potion.

Le 30. — La dyspnée est augmentée, teint pâle, légèrement cyanosé ; sueurs profuses, extrémités froides, constipation, 67 pulsations. On supprime la digitale ; ventouses sèches, sinapismes, cognac, lavement purgatif.

Le 31. — Tous les symptômes se sont encore aggravés et l'enfant succombe le 1er septembre, à cinq heures du matin.

A l'autopsie, on ne trouve pas de liquide dans les plèvres, on constate seulement quelques légères adhérences pleurales ; les deux poumons sont congestionnés et présentent un commencement d'hépatisation dans leurs lobes inférieurs ; le cœur est hypertrophié, ses cavités et ses orifices ne présentent rien d'anormal ; le péricarde est couvert à sa face interne de villosités blanches récentes qui font adhérer ses deux feuillets dans toute leur étendue ; il ne renferme pas de liquide.

Observation III

(*In* article de Broadbent.)

Douleurs rhumatismales légères ; endo-péricardite ; asystolie ; mort.

H. D..., âgé de 9 ans, entre à l'hôpital des Enfants, le 11 décembre 1893. Depuis quatorze jours, il ressent des douleurs dans les articulations. Son cœur est considérablement dilaté et un souffle systolique mitral s'entend à la pointe. Cinq jours après son admission, apparaît un frottement péricardique qui persiste environ une semaine ; pendant ce temps, la dilatation du cœur augmente.

Une semaine plus tard, de l'amélioration se manifeste ; la matité décroît graduellement jusqu'au 15 février 1894 ; enfin l'état du cœur redevient presque normal et l'enfant est suffisamment rétabli pour aller chez lui en convalescence.

Un mois après, il a une nouvelle attaque de rhumatisme, avec apparition de nodules, et il entre de nouveau à l'hôpital, le 15 mars. On constate de l'œdème des jambes et des nodosités rhumatismales aux coudes ; la matité du cœur est de nouveau très étendue ; il y a de la dyspnée très pénible. Depuis, son état ne fait que s'aggraver, l'œdème des jambes s'accroît rapidement ; les veines du cou sont distendues et présentent des battements ; et l'enfant meurt le 21 avril.

Observation IV

(*In* communication de M. H. Barbier.)

Rhumatisme subaigu. — Endo-péricardite. — Lésions multiples. — aortite (?)

Jeanne G..., âgée de 15 ans, venue à la consultation le 24 décembre 1899.

Bien portante jusqu'au mois de mai 1899. A ce moment, elle est prise, la nuit, de douleur et de gonflement au niveau des articulations du genou, du cou-de-pied, de l'épaule, du coude, du poignet.

Au bout de quinze jours de maladie, les accidents disparurent ; la malade conserve seulement des douleurs vagues dans les articulations de la main et de l'oppression pendant la marche et la montée des escaliers.

Au mois de juin, un médecin constate pour la première fois des lésions cardiaques.

Au mois de juillet, la malade fut prise brusquement d'une douleur précordiale (sensation d'étau ou de griffe), accompagnée de dyspnée violente, surtout pendant la nuit.

Ces accidents cessèrent au bout de six jours.

Depuis cette époque, la malade se réveille fréquemment la nuit avec de l'angoisse.

Etat actuel.— Enfant pâle, faible, peu développé, oppressé.

Cœur. — Voussure précordiale.

Soulèvement ondulatoire de la paroi thoracique. Rétraction systolique de la pointe qui bat dans le sixième espace, fortement déjetée en dehors.

Augmentation de la matité transversale. Souffle systolique très fort à la *pointe*, se propageant dans l'aisselle et dans le dos.

Souffle systolique et diastolique à la *base*. Le pouls est petit, rapide (125 p.) et présente un retard sensible sur le choc de la pointe du cœur.

Foie. — Le foie congestionné déborde de trois travers de doigt le rebord des fausses côtes.

Poumons. — Congestion des deux poumons, avec submatité dans le tiers inférieur.

Cette enfant a été suivie jusqu'au mois de novembre (21 novembre).

Sous l'influence du repos, de la digitale et du bromure de potassium, d'une part, et d'une révulsion persistante au-devant du cœur au moyen de vésicatoires répétés, les phénomènes asystoliques se sont améliorés ; mais, le 21 novembre, on pouvait constater la persistance des bruits de souffle et l'existence d'un frottement péricardique fort appréciable à la main. Le foie était moins gros, mais débordant cependant encore d'un travers de doigt les fausses côtes.

En résumé, cette enfant, à la suite d'un rhumatisme peu violent et de durée relativement courte, avait fait des lésions graves de son endocarde, de son péricarde, et peut-être de l'aorte, et présentait les signes d'une asystolie permanente avec crises qui se rapprochaient singulièrement de l'*angor pectoris*.

Observation V

(Inédite. — Due à l'obligeance de M. le docteur Bousquet, chef de clinique des maladies des enfants.)

Rhumatisme léger ; endocardite, péricardite ; pleurésie.

E... Alfred, âgé de 9 ans, entré à l'hôpital, service de M. le professeur Baumel, le 22 décembre 1904.

Antécédents héréditaires. — Père et mère bien portants. Une sœur morte à 18 mois de diarrhée infantile ; un frère mort à cinq mois d'affection pulmonaire. Oncle paternel rhumatisant.

Antécédents personnels. — Bonne santé jusqu'à l'âge de sept ans.

Il y a deux ans, en septembre 1902, à la suite d'un froid, disent ses parents, l'enfant a présenté au niveau des genoux des douleurs articulaires et périarticulaires, sans gonflement, survenant surtout par crises ; cette affection a duré vingt

jours environ. Convalescence assez longue, un à deux mois.

Maladie actuelle. — Il y a cinq jours, douleurs ayant débuté au niveau des genoux, puis généralisées aux diverses articulations des membres inférieurs et des membres supérieurs (épaule surtout); peu augmentées par la pression ou les mouvements, ces douleurs s'exacerbaient en crises violentes.

Douleurs abdominales, surtout au creux épigastrique, présentant parfois des paroxysmes, avec vomissements. Constipation.

Toux légère. Pas de maux de tête.

Examen. — Abattu. Langue sèche, rouge à la pointe ; creux épigastrique douloureux à la pression. Articulations peu douloureuses à la pression, ni rougeur, ni gonflement.

Cœur. — A la pointe, ce qui frappe immédiatement, c'est un souffle assez doux qui couvre le premier bruit et le petit silence, se propageant dans l'aisselle et le dos, jusqu'à la colonne vertébrale. Deuxième bruit, bien frappé. A la tricuspide, à peu près mêmes signes, mais le souffle est un peu moins net. En plein ventricule, sensation de frottement très léger.

Poumons. — Râles humides assez discrets des deux côtés du poumon, en arrière. Un peu de souffle doux expiratoire, vers la partie moyenne du poumon gauche, en arrière.

Foie. — Normal, ou à peine augmenté de volume.

Température, 37°9 ; pouls, 104 ; régulier, un peu petit.

Traitement. — 1° régime lacté ;

2°	Salicylate de soude	1 gr. 50
	Sirop de menthe	30 gr. »
	Julep	120 gr. »

24 décembre. — Souffre un peu moins des genoux.

Cœur. — Pas de changement.

Poumons. — En avant, sonorité normale ; quelques râles

humides. En arrière, submatité légère et expiration prolongée au sommet droit. Souffle expiratoire doux vers la partie moyenne du côté gauche ; matité à la base gauche. Toux sèche.

Température, 38°5 ; pouls, 104 ; petit, régulier.

25 décembre. — Essoufflé, pâle, faciès souffreteux ; pas de douleurs articulaires.

Cœur. — A souffert beaucoup hier au soir et la nuit, au niveau de la région précordiale.

Ce matin, gros frottement, très perceptible à la palpation, dans toute la région précordiale, depuis le mamelon jusqu'au bord droit du sternum. A l'auscultation, gros frottement râpeux, systolique, mésosystolique et mésodiastolique s'exagérant par la station assise, et occupant toute la région précordiale.

Poumons. — Souffle doux, surtout expiratoire, à la partie moyenne du poumon gauche en arrière et à la région interscapulaire ; pectoriloquie aphone à ce niveau avec égophonie peu marquée. Moins de râles de bronchite.

On donne :

Teinture de digitale	VIII gouttes
Benzoate de soude	2 grammes
Looch blanc	120 —

26 décembre. — Un peu mieux ; le frottement persiste.

27 décembre. — Souffre toujours un peu. Frottement toujours très net. En arrière, souffle pleurétique expiratoire, léger, du côté gauche.

1er janvier 1905. — La température est au-dessous de 37°. Pas de douleur, ni d'essoufflement. Le frottement péricardique tend à disparaître : le souffle systolique persiste. Constipation légère. Potage, le matin.

4 janvier. — Disparition à peu près complète du frottement. Potage, matin et soir.

7 janvier. — Température montée hier au soir à 37°8.

Cœur. — Le frottement a disparu.

Poumons. — Souffle pleurétique persiste un peu à la partie moyenne. Egophonie et pectoriloquie aphone à ce niveau.

Teinture de digitale ..... VIII gouttes

10 janvier. — *Cœur.* — Souffle au premier temps. Le deuxième bruit s'entend bien. A l'aorte et à l'artère pulmonaire, le premier bruit s'entend peu ; le second bruit est beaucoup plus claqué au niveau de l'artère pulmonaire que de l'aorte.

12 janvier. — L'enfant est un peu moins pâle, pas essoufflé ; on lui permet de se lever deux heures.

15 janvier. — L'enfant sort en assez bon état.

CHAPITRE IV

EVOLUTION

Rhumatisme articulaire. — Tantôt le rhumatisme débute par l'apparition des douleurs articulaires ; tantôt une courbature générale, de la céphalée, quelquefois une angine attirent d'abord l'attention. Ces symptômes généraux peuvent durer quelques jours avant que les fluxions articulaires s'établissent. Alors surviennent des douleurs légères, vagues, mobiles, ayant leur siège dans les jointures ; pendant les premiers jours elle n'influencent pas l'enfant dans sa marche ni dans ses jeux. Les membres inférieurs sont généralement atteints les premiers ; quelquefois ce sont les hanches, parfois les membres supérieurs et les vertèbres cervicales qui sont pris tout d'abord.

Une fièvre généralement modérée (38° à 39°), qui dure six à sept jours au maximum, apparaît ; elle a des rémissions matinales et présente le plus souvent des oscillations étendues, ce qui est un bon signe pour un pronostic favorable. Le pouls bat de cent à cent vingt fois à la minute ; il est ample, souvent dicrote ; il suit les fluctuations de la température. Des sueurs profuses se montrent ; l'appétit est diminué : la constipation est la règle, l'urine est rare, très colorée, fortement acide.

Au bout de quelques jours, la défervescence survient et s'effectue régulièrement. Les douleurs et la tuméfaction dispa-

raissent ; le pouls devient régulier, l'appétit revient ; l'urine augmente et redevient normale. Le petit malade entre en convalescence. Il présente une « pâleur excessive des téguments » et des muqueuses et l'anémie est d'autant plus profonde que la durée et l'intensité de la maladie ont été plus grandes. Enfin, la guérison arrive, selon les cas, au bout de huit à quinze jours.

Rhumatisme viscéral. — Mais souvent le tableau clinique est plus sombre ; tous les symptômes sont plus accusés et l'élévation de la température persiste. Il faut alors penser à une cardiopathie et ausculter le cœur sans retard. De plus, le rhumatisme infantile est une maladie à retours et à récidives ; et si le cœur a été indemne à la première atteinte, il sera presque fatalement touché à la seconde ; si la cardiopathie existait déjà, elle sera aggravée par une nouvelle attaque ; et l'on doit toujours penser à la parole de Lasègue : « Le rhumatisme lèche les articulations, mais il mord le cœur. »

Endocardite. — On a vu quelquefois l'endocardite apparaître avant la polyarthrite ou débuter en même temps qu'elle. Mais le plus souvent, c'est du septième au douzième jour qu'elle se manifeste et que l'on constate de l'assourdissement des bruits du cœur ; le souffle systolique à la pointe survient vers le vingt-unième jour. L'assourdissement des bruits du cœur dure un temps variable, de deux jours à deux mois pendant lesquels il peut subir de nombreuses variations. Puis si l'endocardite guérit, le bruit voilé reprend peu à peu son timbre normal. Cependant, pendant quelques jours, il se modifie : il devient dur, tout en restant voilé, et donne une sensation de parchemin comparable, pour Potain, « aux batte-

ments d'un tambour voilé de crêpe ». Puis, le bruit altéré reprend peu à peu sa netteté. Les différents signes rétrocèdent ; le souffle disparaît le dernier, et la guérison peut survenir. Mais celle-ci est souvent incomplète ; fréquemment, l'endocardite passe à l'état chronique et un souffle d'insuffisance mitrale apparaît.

D'autres fois, la mort peut s'observer, si une complication survient : myocardite, péricardite, congestion pulmonaire. Cependant il est tout à fait exceptionnel de voir l'endocardite rhumatismale devenir maligne.

Péricardite. — La péricardite rhumatismale sèche, légère et partielle, ne dure que quelques jours ; au bout de huit à dix jours le frottement s'atténue et disparaît peu à peu. Mais il en est autrement lorsque la péricardite est généralisée : elle persiste et s'aggrave par suite des poussées rhumatismales répétées ; elle peut amener la mort par syncope, angine de poitrine ou myocardite aiguë concomitante ; elle est lente à guérir et laisse souvent après elle, une péricardite chronique qui aboutit peu à peu à la symphyse du péricarde.

La péricardite avec épanchement est bien plus grave ; elle peut se terminer par la résorption ou par la mort. La résorption de l'épanchement est annoncée par la diminution graduelle de la matité précordiale ; il faut souvent une semaine, et même davantage, pour que la guérison soit complète. Celle-ci est annoncée par la réapparition du frottement péricardique, qui prouve que les deux feuillets de la séreuse sont de nouveau accolés. A partir de ce moment, l'évolution est celle de la péricardite sèche généralisée.

La mort peut être due à une syncope causée par la brusque compression du cœur ; d'autres fois elle est due à des complications. Tantôt l'endocardite accompagne la péricardite et il faut alors craindre l'apparition d'une myocardite, qui peut

aboutir à l'asystolie : tantôt c'est une pleurésie ou une angine de poitrine qui s'ajoutent à la péricardite et amènent une issue fatale.

Symphyse du péricarde. — La symphyse rhumatismale s'accompagne d'une hypertrophie cardiaque considérable ; les mouvements du cœur sont entravés et cette gêne devient très grande pour peu qu'une affection intercurrente vienne rendre la circulation plus pénible dans l'un des principaux viscères ; en outre, la symphyse met le cœur en état de moindre résistance ; d'où la fréquence des poussées d'endocardite et, surtout, de myocardite. Cette dernière est particulièrement à craindre ; le cœur, déjà fatigué, succombe aussitôt, d'où la facile apparition de crises d'asystolie qui se rapprochent et aboutissent à l'asystolie chronique irréductible.

CHAPITRE V

DIAGNOSTIC

Rhumatisme articulaire. — Le diagnostic du rhumatisme articulaire aigu chez l'enfant n'est pas toujours facile ; et cependant, vu sa gravité, il importe de le faire aussi exact et aussi précoce que possible. Les affections de l'enfance qui peuvent être prises pour le rhumatisme sont nombreuses : douleurs de croissances, ostéomyélite, rhumatisme blennorrhagique, rhumatisme scarlatin, maladie de Parrot, mal de Pott, torticolis, purpura rhumatoïde.

Et d'abord, l'*âge* de l'enfant est une première indication. Comme nous l'avons vu, il est rare d'observer le rhumatisme avant la cinquième année : et toutes les fois que l'on se trouvera en présence d'une polyarthrite chez un enfant au-dessous de cinq ans, il faudra rechercher avec soin les diverses affections qui peuvent simuler le rhumatisme.

Les *douleurs de croissance* ne se produisent que lorsque la taille s'est accrue rapidement ; et de plus, elles ne sont pas articulaires, mais juxta-épiphysaires.

L'*ostéomyélite* n'atteint le plus souvent qu'une seule articulation ; c'est là un signe très important : en outre, dès le début, une fièvre intense se déclare, l'état général du petit malade est grave ; enfin, la douleur, très violente, est localisée en un point bien déterminé du squelette.

Parmi les *pseudo rhumatismes infectieux*, le rhumatisme

blennorrhagique et le rhumatisme scarlatin sont ceux qui peuvent prêter le plus à confusion quant au diagnostic

L'*arthrite blennorrhagique* est tout d'abord beaucoup plus douloureuse ; ensuite, l'examen des yeux et de la vulve, complété par l'étude bactériologique des exsudats vulvaire et conjonctival, viendra affermir le diagnostic, la présence des gonocoques effaçant toute indécision.

Pour le *rhumatisme scarlatin*, les antécédents guideront ; on le reconnaîtra, en outre, à la desquamation, à la langue dépouillée, à l'absence d'endocardite.

Dans la *maladie de Parrot*, on constate de l'impotence fonctionnelle des membres, de la tuméfaction et de la fluctuation aux jointures ; mais nous avons affaire ici surtout à des lésions osseuses, à un décollement épiphysaire, dû à une ostéite juxta-épiphysaire ; et, de plus, les lésions articulaires siègent dans les grandes articulations.

Le *rhumatisme cervical*, qui est une manifestation particulière à l'enfance, peut être confondu avec le mal de Pott sous-occipital ou avec le torticolis.

Le *mal de Pott sous-occipital* ne débute pas brusquement : il n'y a pas de fièvre, pas de douleur ; sa marche est lente, insidieuse. les autres jointures sont indemnes ; le cœur n'est pas touché ; les mouvements de la tête, quoique pénibles et difficiles, sont encore possibles : enfin, l'apparition ultérieure des abcès ostéopathiques rétro-pharyngiens confirmera la nature tuberculeuse du mal.

Dans le *torticolis musculaire*, la douleur n'est pas circonscrite à un point du rachis : elle a une durée plus longue ; de plus l'inclinaison latérale de la tête est associée à une rotation du côté opposé.

Dans le *purpura rhumatoïde*. les articulations sont douloureuses et parfois tuméfiées ; mais, en même temps que les fluxions articulaires, s'observent une éruption pétéchiale et

des douleurs gastro-intestinales ; et l'association de ces trois ordres de symptômes permettra de différencier cette affection du rhumatisme vrai.

Dans les diverses affections que nous venons d'étudier, on rencontre toujours des douleurs articulaires. Mais il arrive fréquemment, chez l'enfant, que l'on a affaire à la forme fruste du rhumatisme articulaire, où les douleurs manquent, et l'on comprend combien le diagnostic sera alors difficile. Si le microbe du rhumatisme était connu, la tâche serait bien facilitée ; mais nous avons vu que l'on n'est pas encore fixé sur la nature de ce microbe.

C'est dans ces cas que *l'auscultation méthodique du cœur* s'imposera ; et souvent elle nous mettra sur la bonne voie. On n'oubliera pas aussi que le rhumatisme vrai ne se voit guère qu'à partir de cinq ans ; enfin, l'administration, de parti-pris du *salicylate de soude* sera un excellent réactif ; car, si nous avons affaire au rhumatisme, nous verrons disparaître, ou tout au moins s'atténuer, les symptômes généraux ; s'il en était différemment, nous devrions penser à une autre affection.

On pourra, en outre, recourir à l'*examen du sang*, qui serait, d'après M. Hayem, tout à fait caractéristique, et présenterait, dans le cas de rhumatisme, une déglobulinisation intense et une hyperleucocytose avec augmentation de la fibrine, mais surtout de l'alcalinité normale.

Pour terminer, nous indiquerons, à titre de curiosité, le moyen de diagnostic signalé récemment par M. Terc, à la Société de médecine de Vienne : chez les individus bien portants, les *piqûres d'abeilles* déterminent l'apparition d'une vésicule suivie d'un gonflement inflammatoire ; chez les sujets atteints de rhumatisme aigu, la vésicule se développe, mais le gonflement inflammatoire fait défaut. C'est là un procédé peu banal, mais dont la réalisation pratique ne nous paraît

pas des plus commodes, si tant est que sa valeur soit bien établie.

Endocardite. — Le diagnostic de l'endocardite au début est assez difficile ; et toutes les fois que l'on soupçonnera le rhumatisme, on devra recourir à l'auscultation ; car nous savons qu'un rhumatisme, pour si léger qu'il soit, a un retentissement énorme sur le cœur. On délimitera par la percussion la position exacte du cœur ; ce procédé nous fournira d'utiles renseignements.

On n'oubliera pas que des altérations de rythme, des dédoublements se constatent, sans cause appréciable, dans la première enfance et, en général, pendant l'évolution de la première dentition ; c'est à cette période de la vie, que l'apparition d'un souffle systolique à la pointe sera un indice précieux, car on n'a pas constaté de bruits inorganiques dans les premières années de la vie ; et chez les enfants au-dessous de cinq à six ans, l'existence de ce souffle permettra d'affirmer l'endocardite, même en l'absence de troubles fonctionnels et de tout autre signe. Sans doute, le souffle systolique peut se montrer dans la dilatation aiguë du cœur, dans le cours de la néphrite aiguë ; il peut être accidentellement provoqué par la pression du stéthoscope ; la chorée et la péricardite peuvent lui donner naissance ; il en est de même de l'anémie : mais, dans tous ces cas, les symptômes généraux et les autres signes physiques nous permettront de faire un diagnostic exact.

On ne confondra pas l'assourdissement des bruits du cœur avec un simple affaiblissement, qui peut être dû à la faiblesse des contractions cardiaques, ou à l'éloignement du cœur, en cas d'emphysème pulmonaire ou d'épanchement dans le péricarde.

En somme, le diagnostic sera en général facile. Cependant,

lorsque l'endocardite rhumatismale se produira chez un sujet déjà atteint de lésion valvulaire ancienne, elle pourra passer inaperçue ; l'assourdissement des bruits du cœur est alors très difficile à percevoir, parce que les bruits sont déjà très faibles et couverts par des souffles dont l'excitation cardiaque, qui accompagne souvent l'endocardite, augmente encore l'intensité.

Péricardite. — La péricardite rhumatismale passe le plus souvent inaperçue à son début : elle est masquée par les symptômes généraux du rhumatisme ; de plus, en raison de l'âge des malades, les phénomènes subjectifs sont très difficiles à apprécier. Aussi, lorsqu'au cours d'un rhumatisme, apparaîtra une exacerbation de la fièvre, devra-t-on recourir sans retard à l'auscultation, qui seule nous renseignera d'une manière efficace.

La péricardite sèche est caractérisée par le frottement : pour le distinguer des *souffles organiques*, il est nécessaire d'analyser minutieusement les caractères du bruit entendu ; le frottement varie suivant les positions, augmente par la pression du stéthoscope, naît et meurt sur place. Les *souffles inorganiques* n'ont, en général ni la rudesse, ni l'intensité du frottement, et sont plus variables : il est bien rare que la distinction soit impossible.

La péricardite avec épanchement se reconnaît à l'augmentation de la matité cardiaque et à sa forme et à l'éloignement des bruits du cœur. Mais ces signes peuvent faire défaut, lorsque l'épanchement reste modéré, ou que le cœur est maintenu contre la paroi par des adhérences anciennes ; le liquide s'accumule alors, surtout en arrière, et passe inaperçu.

D'ailleurs, les signes de l'épanchement péricardique peuvent se retrouver dans d'autres affections : l'*hypertrophie et la dilatation cardiaques* augmentent la matité du cœur, dont

les battements peuvent être faibles et éloignés ; on évitera l'erreur par la manœuvre de Pins ; l'encoche de Sibson a été retrouvée dans des cas de *symphyse du péricarde* ; on l'a signalée dans de simples dilatations du cœur. Il est vrai qu'on a alors d'autres signes de symphyse (immobilité de la pointe, malgré les changements d'attitude) ou bien les signes veineux et viscéraux qui accompagnent la dilatation.

On peut encore confondre la péricardite avec la *pneumonie* et la *pleurésie* gauche ; en particulier, la pleurésie diaphragmatique peut être très difficile à reconnaître d'avec la péricardite avec épanchement abondant ; les signes fonctionnels sont presque identiques : la matité de la péricardite peut être prise pour celle d'une pleurésie, d'autant plus que le poumon, refoulé et congestionné, peut être moins sonore en arrière à la base et que le côté gauche peut être aussi immobilisé que dans une pleurésie. En outre, assez souvent, la péricardite et la pleurésie diaphragmatique existent simultanément.

Enfin, l'on n'oubliera pas que la matité varie avec la position de l'enfant ; et pour établir le diagnostic d'une façon irréfutable, on devra ausculter dans les diverses attitudes que nous avons déjà signalées.

Symphyse du péricarde. — Le peu de précision des symptômes et leur variabilité habituelle rendent le diagnostic de la symphyse très difficile ; et même impossible, a dit M. le professeur Hutinel. Toutefois il ne nous semble pas au-dessus de nos moyens : et ici, nous ne pouvons mieux faire, que de citer les lignes que M. le professeur Baumel consacre à ce sujet, dans son *Précis des maladies des enfants*.

« Tout en reconnaissant la prudence dont on devra s'entourer en pareil cas, si l'on songe d'une part à la rareté relative des maladies du cœur chez l'enfant, d'autre part au ta-

bleau particulier présenté par le petit malade atteint de symphyse du péricarde, on sera facilement d'avis, avec nous, que ces difficultés ne sont pas tout à fait insurmontables. Quand, avec de la *cyanose*, des *œdèmes* plus ou moins intenses surtout aux *membres inférieurs et à droite*, des *épanchements dans les séreuses*, principalement dans le *péritoine*, on constatera du *gros foie* et, en outre, une *matité précordiale* plus étendue que de coutume, de la *faiblesse des contractions* et des *bruits du cœur*, des *souffles plutôt doux* que forts, de l'*insuffisance aortique*, une *ligne d'ascension courte* et *l'absence d'hypertrophie ventriculaire gauche qui accompagne d'ordinaire cette lésion*, enfin *le mouvement de roulis de la région précordiale*, on sera bien autorisé, non seulement à *songer à la symphyse*, mais à *déclarer qu'elle existe réellement*, sans grandes chances de se tromper ».

CHAPITRE VI

PRONOSTIC

La gravité du pronostic du rhumatisme, chez l'enfant, ressort bien de l'étude que nous venons de faire et l'on peut d'autre part affirmer que la plupart des cardiopathies de l'adulte reconnaissent pour cause du rhumatisme infantile.

Sans doute, le rhumatisme considéré seul est une affection bénigne et qui ne met pas la vie en danger ; mais le rhumatisme est une maladie à retours et quiconque a souffert d'une première attaque est sous l'imminence d'accès ultérieurs. Nous savons combien le cœur, chez l'enfant, est sensible à l'infection rhumatismale et combien sont fréquentes les localisations cardiaques; et le plus souvent un sujet qui aura été épargné à une première atteinte verra son cœur pris à une nouvelle poussée rhumatismale. Et puis, nous avons affaire à un être en train d'accomplir son évolution organique ; et l'on conçoit bien toutes les entraves à cette évolution qui peuvent survenir du fait de ces localisations cardiaques.

L'endocardite rhumatismale est rarement mortelle. Toutefois elle doit toujours être considérée comme grave, puisqu'elle représente l'origine habituelle des endocardites chroniques, et que, dans tous les cas, elle met le cœur en état de moindre résistance, rendant plus facile les infections ultérieures soit de l'endocarde, soit des autres parties du cœur, ordinairement plus ou moins touchées en même temps que l'endocarde.

La péricardite rhumatismale est très grave, non seulement par elle-même, car, dans les cas d'épanchement abondant, elle peut aboutir à une syncope mortelle ; mais aussi et surtout, par les adhérences péricardiques qu'elle suscite et qui peuvent aboutir à la symphyse du péricarde.

La symphyse du péricarde, une fois établie, n'est pas compatible avec une longue existence ; elle aboutit fatalement, soit à la mort subite ou rapide par syncope, soit à une asystolie précoce, rebelle au traitement, qui, au bout de quelques mois ou même de quelques semaines après le début du rhumatisme, entraîne la mort chez des enfants antérieurement bien portants.

CHAPITRE VII

TRAITEMENT

Nous avons pour combattre le rhumatisme et ses diverses manifestations, un médicament dont l'action est tellement évidente et l'efficacité si indéniable, qu'on peut le considérer à juste titre comme le véritable spécifique du rhumatisme ; c'est le *salicylate de soude*.

Notre maître, M. le professeur Baumel, a longuement insisté, dans ses ouvrages et dans ses leçons cliniques, sur les bienfaits de cette médication, tant au point de vue du rhumatisme lui-même que de ses localisations cardiaques ; et il en a obtenu dans son service, à l'hôpital Suburbain, des effets constants et salutaires ; il a montré que, même si l'état des articulations ou la marche du mouvement fébrile ne semblent pas l'indiquer, on doit continuer l'usage du salicylate de soude, et il a bien mis en évidence que l'évolution des cardiopathies rhumatismales est favorisée, accélérée par l'emploi du salicylate de soude tout aussi bien que celle des lésions articulaires ; et il a fait voir les avantages de son administration longtemps au-delà de la cessation des phénomènes articulaires.

Rhumatisme articulaire. — Malgré la bénignité apparente des manifestations articulaires, même si l'enfant n'accuse que de vagues douleurs, les prescriptions générales devront

être sévères. Le repos au lit, ou tout au moins à la chambre, sera exigé. L'alimentation sera modérée et très surveillée : le lait et le bouillon en seront la base. On donnera des boissons abondantes ; des tisanes chaudes diurétiques (orge, chiendent, queues de cerises) favoriseront la diurèse. On combattra la constipation par des purgatifs légers et répétés.

Enfin l'on administrera le salicylate de soude, que M. le professeur Baumel donne à la dose de 50 centigrammes à 3 grammes suivant l'âge, et dans une potion de 150 grammes, à raison d'une cuillerée à bouche toutes les trois heures. On prescrira :

Salicylate de soude.....	0 gr. 50 à 3 gr., selon l'âge
Sirop de menthe.....	30 grammes
Julep	120 grammes.

Et ici, nous insisterons avec M. le professeur Baumel sur ce fait que l'on doit s'inspirer, pour la dose de médicament à donner, non pas tant de l'âge de l'enfant que de l'âge qu'il paraît avoir, c'est-à-dire que l'on tiendra compte beaucoup *plus de son état général que du nombre de ses années.*

Si l'enfant refuse la potion, on peut avoir recours aux suppositoires :

Salicylate de soude.....	0 gr. 50 à 3 gr., selon l'âge.
Beurre de cacao.....	4 à 8 grammes
Cire.....	Q. S.

pour quatre suppositoires à appliquer d'une façon espacée dans les vingt-quatre heures.

On aidera à l'action du salicylate, en faisant sur les articulations douloureuses des applications locales d'*huile de camomille camphrée chaude* qui est un excellent calmant. « On enveloppe les articulations d'ouate : on maintient le tout par une bande ; et on obtient ainsi un certain degré d'immobilité, également des plus utiles au point de vue de la douleur. Tout cal-

mant réfrigérant nous paraît plutôt dangereux et susceptible de produire la *métastase* ou déplacement de la fluxion rhumatismale. » (Baumel.)

Quand le malade sera en convalescence, on combattra l'anémie persistante par le *sirop d'iodure de fer ;* on ramènera peu à peu la souplesse dans ses articulations par du *massage périarticulaire*. On pourra par la suite conseiller une cure d'eaux sulfureuses (Aix, Barèges, Bourbonne, Luchon).

Enfin, on évitera à l'enfant rétabli le surmenage, le froid humide ; et par une hygiène appropriée (exercice modéré au grand air, lotions tièdes et froides, frictions sèches, alimentation bien réglée), on préviendra les récidives.

Endocardite. — La chambre du malade sera bien aérée. On exigera le repos absolu, au lit. Comme alimentation on donnera presque exclusivement du lait.

On administrera d'emblée le salicylate de soude et on le continuera après la cessation des douleurs, de la fièvre, aussi longtemps que des signes d'excitation cardiaque seront perçus.

On soutiendra le cœur au moyen de la digitale. On prescrira :

Teinture de digitale.....	VI à XII gouttes selon l'âge
Benzoate de soude.....	2 grammes
Looch blanc	120 grammes

Une cuillerée à dessert ou à bouche, suivant l'âge, toutes les trois heures.

On fera de la révulsion au niveau de la région précordiale : ventouses, teinture d'iode.

Dans la convalescence, on interdira les exercices violents, les bains froids, les douches ; pour le reste, on agira comme pour le rhumatisme.

Péricardite. — Le malade sera mis au régime lacté : on pourra lui donner des boissons rafraîchissantes. Repos absolu, au lit.

D'emblée, comme pour l'endocardite et dans les mêmes conditions, on administrera le salicylate de soude. De même on soutiendra le cœur par la digitale.

Il faudra être très prudent dans l'emploi du vésicatoire, comme résolutif : on risquerait, en étant trop pressé, de favoriser la production de l'épanchement, s'il n'existait pas déjà, ou de l'augmenter, s'il existait : et l'on n'aura « recours à son emploi que lorsque l'épanchement, ayant déjà commencé à diminuer, semblera marcher trop lentement dans cette voie » (Baumel).

Enfin, « quand l'épanchement sera considérable et qu'il se résoudra difficilement ou restera stationnaire, on recourra à la *paracentèse du péricarde* avec aspiration, qui nous paraît devoir être très utile, à condition de la pratiquer vers la *base de la matité* et de *limiter la course du trocart à* 1 *ou* 2 *centimètres au plus* » (Baumel).

Symphyse du péricarde. — Quant à la symphyse du péricarde, le traitement sera surtout palliatif et s'adressera plutôt aux conséquences de la maladie qu'à la lésion même.

Le lait sera l'aliment exclusif : il facilitera la diurèse et on pourra lui adjoindre dans ce but des tisanes chaudes diurétiques (orge, chiendent, queues de cerises), qui auront un bon effet sur les œdèmes, les épanchements et l'anasarque.

On se trouvera bien également de *l'extrait de feuilles et de fleurs de muguet* que l'on prescrira dans du sirop des cinq racines (40 grammes), à la dose de 50 centigrammes à 1 gramme par jour (Baumel).

L'on donnera aussi la digitale, sous forme de teinture, pen-

dant quatre jours consécutifs, après lesquels on la supprimera pendant quarante-huit heures.

Mais tous ces moyens n'auront d'autre but que de prolonger de quelques jours la vie de notre petit malade et malheureusement ils n'amèneront pas la guérison. Aussi, en présence de l'impuissance actuelle des procédés médicaux, nous ne pouvons que nous rallier au vœu si généreusement formulé par M. le professeur Baumel et nous souhaitons ardemment avec lui qu'il se réalise le plus tôt possible :

« C'est surtout le jour où la *chirurgie*, si audacieuse à notre époque, aurait trouvé le moyen de pousser jusqu'au cœur son intervention et de rendre à cet organe la liberté qui lui manque par le fait de la symphyse, que l'on posséderait le vrai remède à opposer à cette maladie, incurable et mortelle à brève échéance jusque-là.

« Souhaitons que, dans un avenir peu éloigné, un chirurgien attache son nom à une pareille découverte, qui ne serait pas un des moindres progrès de la chirurgie contemporaine. »

CHAPITRE VIII

CONCLUSIONS

I. — Ne pas oublier que, à l'inverse de ce qui se passe chez l'adulte, l'enfant fait beaucoup de complications cardiaques pour très peu de rhumatisme.

II. — On devra donc, à l'occasion de toute douleur vague un peu persistante, soit au niveau des muscles, soit au niveau des articulations, non seulement rechercher avec soin le rhumatisme, mais encore ausculter minutieusement et méthodiquement le cœur.

III. — Les localisations cardiaques du rhumatisme, chez l'enfant, sont très fréquentes et ont un caractère de haute gravité nettement accusé ; le pronostic en est sombre, non-seulement d'emblée, mais pour la suite : lorsque le rhumatisme atteint le cœur, il y laisse des traces indélébiles.

IV. — Le salicylate de soude, véritable spécifique, constituera la base du traitement du rhumatisme articulaire aigu et de ses déterminations cardiaques (endocardite et péricardite).

V. — L'allure générale du rhumatisme chez l'enfant, sa propagation habituelle au cœur, l'efficacité du salicylate de soude vis-à-vis et des lésions articulaires et des lésions cardiaques, nous semblent militer en faveur de la théorie infectieuse du rhumatisme articulaire aigu.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

1898. E. Ausset. — Leçons cliniques sur les maladies des enfants.

1901. E. Ausset et Vincent. — Un cas de rhumatisme articulaire aigu infantile, avec complications multiples (Echo médical du Nord).

1904. Baginski. — Le rhumatisme articulaire aigu chez les enfants (Société de médecine berlinoise).

1866. B. Ball. — Du rhumatisme viscéral (Thèse d'agrégation).

1900. H. Barbier. — Sur la gravité du rhumatisme chez l'enfant, au point de vue des complications cardiaques (XIIIe Congrès international de médecine, Paris).

1900. Barié. — De l'endocardite maligne dans le rhumatisme articulaire aigu (Semaine médicale).

1893. Baumel. — Leçons cliniques sur les maladies des enfants (Masson, édit., Paris).

1901. Baumel et Abadie. — Symphyse du péricarde d'origine rhumatismale, avec tracé sphygmographique (Congrès de pédiâtrie, Nantes).

1904. Baumel. — Précis des maladies des enfants (de Rudeval, Paris).

1904. J.-M. Beattie. — Le microcoque du rhumatisme (British medical Journal).

1888. Bernheim. — Article « Péricardite », in Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales.

1877. E. Besnier. — Article « Rhumatisme », in Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales.

1897. Bouchot. — Contribution à l'étude de la myocardite parenchymateuse aiguë de l'enfant. (Th. de Lyon).

1884. E. Bouchut. — Clinique de l'hôpital des enfants malades.
1840. Bouillaud. — Traité du rhumatisme articulaire.
1841. Bouillaud. — Traité des maladies du cœur.
1866. Bouquerel. — Quelques réflexions sur certaines formes du rhumatisme dans l'enfance. (Th. de Paris).
1899. Boutavant. — Formes cliniques des symphyses cardiaques.
1898. Broadbent. — Déterminations cardiaques du rhumatisme dans l'enfance et l'adolescence. (Edinburgh Medical Journal).
1897. P. Brouardel et A. Gilbert. — Traité de médecine et de thérapeutique.
1904. R. Caracciolo. — Sur un cas de frottement péricardique avec diffusion à un siège très rare. (Rivista critica di clinica medica).
1864. Claisse. — Du rhumatisme articulaire aigu chez les enfants (Th. de Paris).
1905. F.-J. Collet. — Précis de pathologie interne.
1899. J. Comby. — Traité des maladies de l'enfance.
1899. G. Daudé. — Contribution à l'étude des douleurs osseuses de croissance. (Th. de Montpellier).
1900. A. d'Espine et C. Picot. — Traité pratique des maladies de l'enfance.
1903. F. Figueira. — Eléments de sémeiologie infantile.
1898. C. Giraudeau. — Des péricardites.
1902. Goudareau. — Du rhumatisme articulaire aigu chez l'enfant. (Th. de Montpellier).
1897. Grancher, Comby et Marfan. — Traité des maladies de l'enfance.
1904. Grancher et Comby. — Traité des maladies de l'enfance.
1870. Hallez. — Du rhumatisme articulaire aigu chez l'enfant. (Th. de Paris).
1902. H. Huchard. — Cœur et rhumatisme chez l'enfant. (Gazette des maladies infantiles).
1903. Legrand. — Précis de médecine infantile.
1900. Litten. — L'endocardite et ses rapports avec d'autres maladies. (XVIIIe Congrès allemand de médecine interne).

1900. MERKLEN. — Symphyse cardiaque en évolution chez un adolescent. (Semaine médicale).

1886. MOREL-LAVALLÉE. — Contribution à l'étude de la symphyse péricardique. (Th. de Paris).

1889. H. OLLIVIER. — Leçons cliniques sur les maladies des enfants.

1872. C. PICOT. — Du rhumatisme aigu chez l'enfant. (Thèse de Paris).

1905. L. RÉNON et VERLIAC. — Anévrisme aigu de la crosse aortique au cours du rhumatisme articulaire aigu. (Société médicale des Hôpitaux, Paris).

1861. RILLET et BARTHEZ. — Traité des maladies des enfants.

1866-68. ROGER. — Le rhumatisme articulaire chez l'enfant. (Archives de médecine).

1889. J. SIMON. — Conférences thérapeutiques et cliniques sur les maladies des enfants.

1903. P. TERC. — Diagnostic et traitement du rhumatisme articulaire aigu par les piqûres d'abeilles. (Société império-royale de médecine de Vienne).

1900. H. TRIBOULET et A. COYON. — Le rhumatisme articulaire aigu en bactériologie.

1905. J. VIRES et P. PAGÈS. — Précis d'auscultation et de percussion du poumon et du cœur.

1895. WEILL. — Traité clinique des maladies du cœur chez l'enfant.

1900. WEILL. — Précis de médecine infantile.

1881. WEST. — Leçons sur les maladies des enfants.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER
Montpellier, le 1er avril 1905
Le Recteur,
BENOIST.

VU ET APPROUVÉ :
Montpellier, le 1er avril 1905
Le Doyen,
MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !